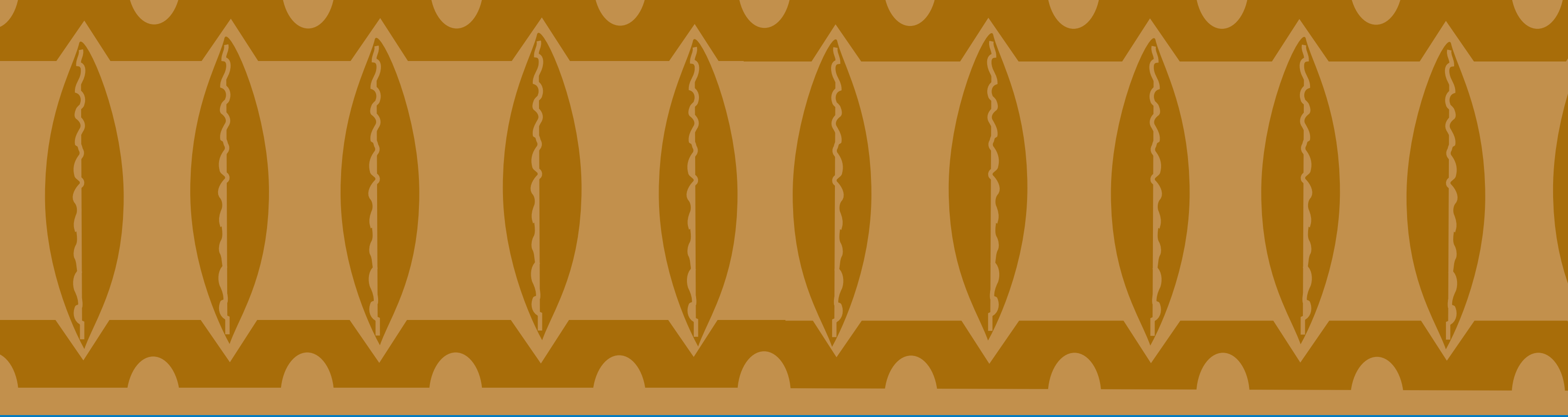


Bénin

Enquête Démographique et de Santé 2001

Rapport de synthèse



Ce rapport résume les principaux résultats de la Deuxième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-II) réalisée en 2001 par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique du Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement.

L'EDSB-II, initiée par le gouvernement béninois, fait partie du programme mondial MEASURE *DHS*+ dont l'objectif est de collecter, d'analyser, de diffuser des données relatives à la population et à la santé de la famille, d'évaluer l'impact des programmes mis en oeuvre et de planifier de nouvelles stratégies pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. L'enquête a été réalisée avec l'appui technique de ORC Macro. Elle a bénéficié de l'appui financier de l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), de la Banque Mondiale et du Gouvernement Béninois.

Des informations complémentaires sur l'EDSB-II peuvent être obtenues auprès de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique, BP 323 Cotonou, Bénin (Téléphone 229-308244 ou 308245, Fax :229-308246, E-mail : insae.ci@planben.intnet.bj).

Concernant le programme MEASURE *DHS*+, des renseignements peuvent être obtenus auprès de ORC Macro, 11785 Beltsville Drive Calverton, 20705, USA. Téléphone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; Email:reports@macroint.com; Internet : www.measuredhs.com.

Rapport préparé par : Fatahi Chitou, Gora Mboup et Bruno Nouatin
Production : Noah Bartlett
Photographie sur la page couverture : Fatahi Chitou, INSEA

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ DU BÉNIN 2001 RAPPORT DE SYNTHÈSE



Marilyn Noguera, FPLM/JSI

CADRE DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-II, 2001) est une enquête nationale réalisée par sondage. Elle a été exécutée par l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique du Ministère Chargé de la Coordination de l'Action Gouvernementale, de la Prospective et du Développement, avec l'assistance technique de ORC Macro.

L'EDSB-II fournit des informations détaillées sur la fécondité, la planification familiale, la mortalité des enfants de moins de cinq ans, la santé de la mère et de l'enfant (soins prénatals, assistance à l'accouchement, vaccination des enfants, maladies infantiles) ainsi que l'allaitement et l'alimentation des enfants, l'iodation du sel, la prévalence de l'anémie et l'état nutritionnel des enfants et des mères. Les résulats de l'EDSB-II concernent également les infections sexuellement transmissibles et le sida, l'excision et, enfin, la disponibilité des services communautaires économiques et sanitaires. Ces informations sont significatives au niveau national, au niveau du milieu de résidence (urbain et rural) ainsi qu'au niveau des départements suivants : Atacora/Donga, Atlantique, Cotonou, Borgou/Alibori, Mono/Couffo, Ouémé/Plateau et Zou/Collines. Dans ce document, lorsqu'on cite *l'Atacora*, il s'agit de l'Atacora et de la Donga ; *l'Atlantique*, de l'Atlantique sans Cotonou ; *le Borgou*, du Borgou et de l'Alibori ; *le Mono*, du Mono et du Couffo ; *l'Ouémé*, de l'Ouémé et du Plateau ; *le Zou,* du Zou et des Collines. Au cours de l'enquête, réalisée sur le terrain du 2 août au 13 novembre 2001, 5 769 ménages, 6 219 femmes âgées de 15-49 ans et 2 709 hommes âgés de 15-64 ans ont été interviewés avec succès. En outre, des informations sur la disponibilité des services communautaires ont été collectées dans chacune des 247 grappes de l'échantillon.



F. Chitou, INSEA

CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ET CONDITIONS DE VIE DES MÉNAGES

Les données collectées sur l'âge, le sexe et le niveau d'instruction de la population des ménages ainsi que celles sur les caractéristiques des logements permettent de décrire le contexte socio-démographique et environnemental dans lequel vivent les femmes et les hommes enquêtés.

Une population jeune, et des ménages relativement peuplés

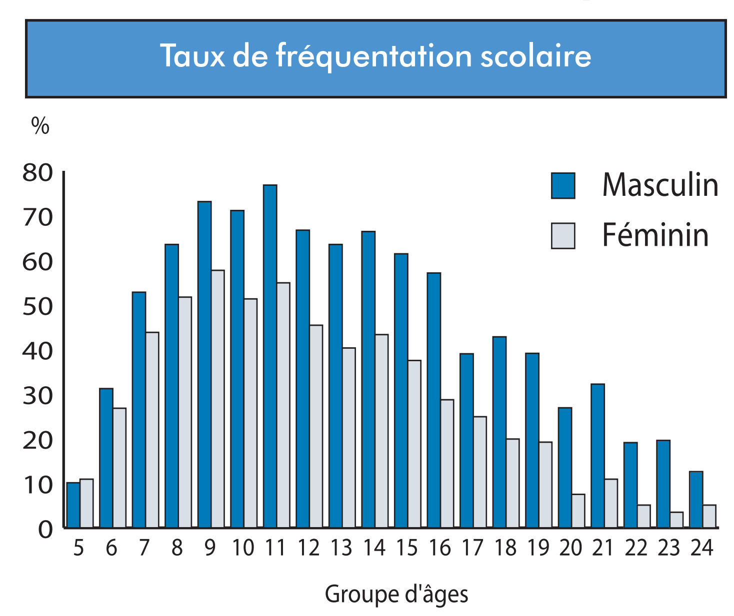
La population béninoise demeure relativement jeune avec près de la moitié (48 %) âgée de moins de 15 ans, et seulement 6 % des personnes sont âgées de 60 ans ou plus. Les ménages comptent en moyenne 5,2 personnes, et pour un ménage sur cinq (21 %), le chef est de sexe féminin.

Enfants en situation difficile

Les résultats de l'EDSB-II indiquent que la proportion d'enfants vivant en situation difficile est importante. En effet, 13 % des enfants de moins de 15 ans ne vivent avec aucun de leurs parents. Ce phénomène touche 16 % des enfants de 5-9 ans et 21 % de ceux de 10-14 ans. Bien qu'une majorité des enfants vivent avec les deux parents (65 %), le phénomène de *charge monoparentale* est également important. Plus du cinquième (21 %) des enfants vivent seulement avec l'un des parents.

Taux net de fréquentation à l'enseignement primaire

L'EDSB-II estime le taux net de fréquentation à l'enseignement primaire des enfants de 6-11 ans à 54 %. Il est de 60 % pour le sexe masculin contre 47 % pour le sexe féminin. Pour le même groupe d'âges, la situation est meilleure en milieu urbain qu'en milieu rural (66 % contre 48 %). Le faible taux net de fréquentation scolaire des enfants de 6-11 ans, surtout en milieu rural, peut être liée à l'insuffisance des infrastructures scolaires. D'autres raisons comme le coût de la scolarité ou encore l'indifférence des parents par rapport à la scolarisation des filles peuvent aussi expliquer cette situation.



Encore une frange importante de la population sans instruction

La majorité des femmes de 15-49 ans (64 %) n'ont aucune instruction, contre 40 % chez les hommes âgés de 15-64 ans. La proportion de femmes sans instruction est particulièrement élevée dans les zones rurales (78 % contre 44 % en milieu urbain).

Enregistrement des naissances à l'état civil

Parmi les enfants de moins de cinq ans, 70 % ont été enregistrés à l'état civil. Ce taux d'enregistrement des naissances à l'état civil ne varie pratiquement pas selon le sexe de l'enfant (71 % pour les garçons contre 69 % pour les filles).

Un habitat sous équipé en commodités de base

Les sources d'eau pouvant être considérées comme potables sont : l'eau courante (installée à l'intérieur ou à l'extérieur du logement), les robinets publics, les forages équipés de pompe, et les puits protégés. Dans l'ensemble, 61 % des ménages disposent d'eau potable. C'est en milieu urbain que le pourcentage de ménages disposant d'eau potable est le plus élevé : 77 % contre 52 % en milieu rural. On note, par ailleurs, qu'un peu plus de deux ménages sur trois ne disposent pas de toilettes (67 %), alors que seulement 15 % utilisent des latrines ventilées et 15 % des latrines non ventilées.

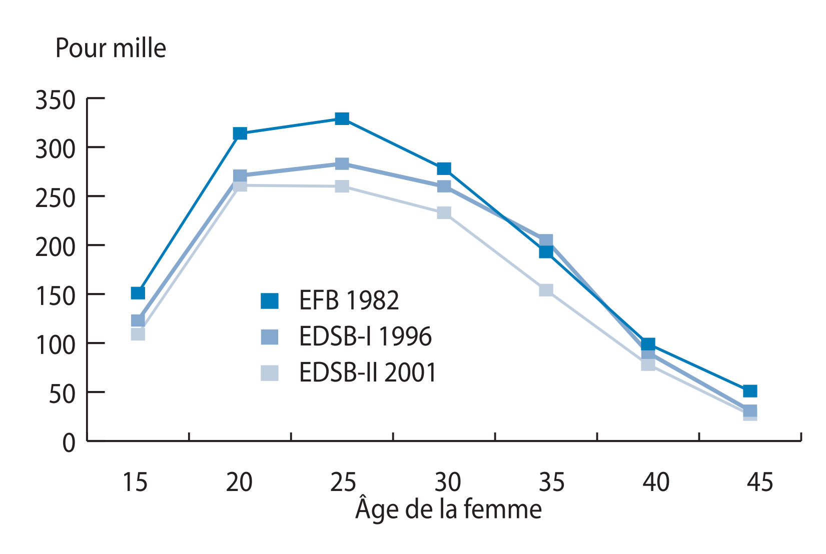
Près de huit ménages sur dix (78 %) ne disposent pas de l'électricité. En milieu rural, le pourcentage de ménages disposant de l'électricité est insignifiant : 6 % seulement contre 50 % en milieu urbain. Le poste radio est le bien le plus fréquemment possédé par les ménages : 72 % contre 16 % pour le poste téléviseur (33 % des ménages urbains et 5 % des ménages ruraux).

FÉCONDITÉ

Les données collectées sur l'histoire génésique des femmes ont permis d'estimer les niveaux et tendances de la fécondité. Sont également disponibles les informations sur les différents facteurs qui agissent sur la vie reproductive des femmes, notamment le mariage et les préférences en matière de fécondité.

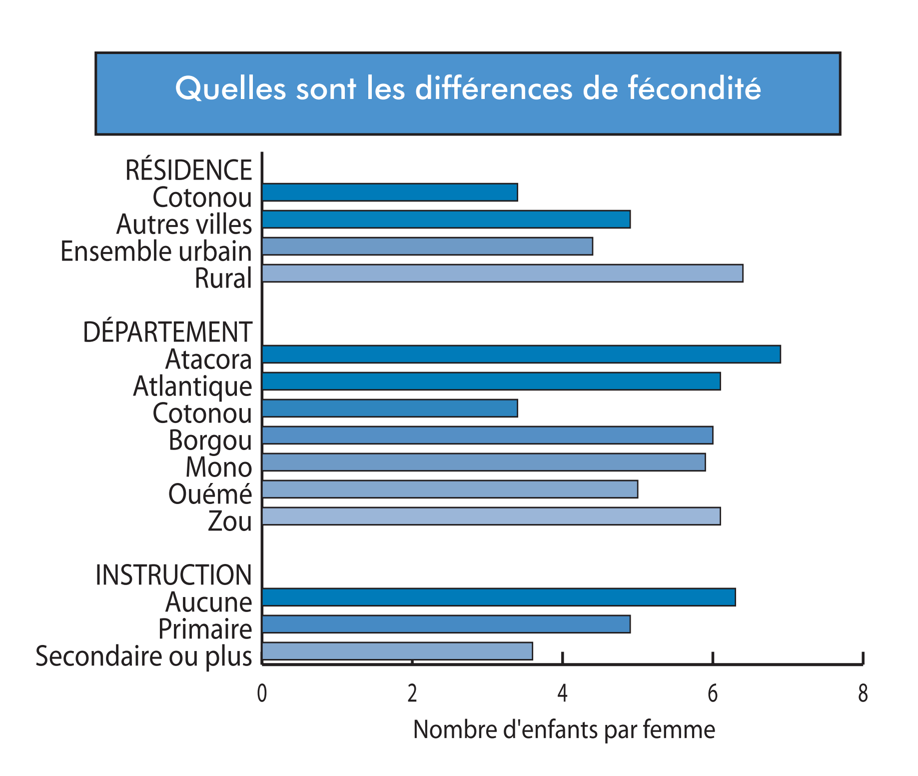
Niveaux et tendances - Une fécondité encore élevée mais en baisse

Avec les niveaux actuels de fécondité, les femmes béninoises donneront naissance, en moyenne, à 5,6 enfants au terme de leur vie féconde. Par rapport aux résultats de l'EDSB-I de 1996 (6,3 enfants par femme), on note une baisse de la fécondité de 0,7 enfant en l'espace de 5 ans. Au cours des 20 dernières années, la fécondité a enregistré une baisse de près d'un enfant et demi. En effet, l'Enquête sur la Fécondité au Bénin de 1982 estimait le niveau de fécondité à 7,1 enfants par femme.



Fécondité par caractéristiques socio-démographiques

Au terme de sa vie féconde, une femme du milieu rural pourrait avoir deux naissances de plus que la femme du milieu urbain (6,4 contre 4,4 enfants en moyenne). Au niveau départemental, le niveau de fécondité le plus élevé est observé dans le département de l'Atacora (6,9 enfants par femme). Les départements du Zou, de l'Atlantique, du Borgou et du Mono ont des niveaux de fécondité similaires (variant de 6,1 à 5,9 enfants par femme). Les niveaux de fécondité les moins élevés sont observés dans le département de l'Ouémé (5 enfants par femme), et surtout à Cotonou (3,4 enfants par femme). Les femmes sans instruction ont un niveau de fécondité beaucoup plus élevé (6,3 enfants par femme) que les femmes instruites (4,9 enfants par femme chez celles ayant le niveau d'instruction primaire et 3,6 enfants par femme chez celles ayant le niveau d'instruction secondaire ou plus).



Le niveau encore élevé de la fécondité au Bénin peut être associé à la précocité de la reproduction.

Fécondité des adolescentes - Des adolescentes déjà mères

Plus du cinquième (22 %) des adolescentes (15-19 ans) ont déjà commencé leur vie féconde : 15 % ont déjà eu, au moins, un enfant et 6 % sont enceintes de leur premier enfant. Le pourcentage d'adolescentes ayant déjà commencé leur vie féconde est plus de deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain (30 % contre 12 %).

NUPTIALITÉ ET EXPOSITION AU RISQUE DE GROSSESSE

Mariage et polygamie

Le mariage universel et précoce

Le mariage (formel ou non) est quasi universel au Bénin : à 45-49 ans, seulement 1 % des femmes est encore célibataire. Parmi les femmes de 20 ans ou plus, la majorité sont entrées en union avant l'âge de 19 ans. Chez les hommes de 25 ans ou plus, la majorité sont en union avant l'âge de 25 ans.

La persistance de la polygamie

Plus de quatre femmes de 15-49 ans sur dix (45 %) sont en union polygame. Les unions polygames sont plus importantes en milieu rural qu'en milieu urbain (50 % contre 37 %). Le Mono est le département où le niveau de polygamie est le plus important (58 %).

Activités sexuelles

Une activité sexuelle encore précoce

L'activité sexuelle débute très tôt au Bénin : plus de la moitié des femmes de 20-49 ans et des hommes de 20-64 ans ont eu leur premier rapport sexuel avant l'âge de 18 ans.



Sara A. Holtz, Peace Corps Volunteer

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

Taille idéale de la famille

Les femmes désirent avoir, en moyenne, 4,9 enfants, et les hommes, 6,6 enfants. Comparé à 1996, on note une baisse de la taille idéale d'environ un enfant aussi bien chez les femmes que chez les hommes.

Désir d'espacement et de limitation des naissances

Plus du tiers (37 %) des femmes aimerait attendre deux ans ou plus avant d'avoir un autre enfant et 26 % ont exprimé le désir de ne plus en avoir.

Grossesses non désirées

Pour près du quart des naissances survevues au cours des cinq dernières années, les femmes auraient souhaité attendre plus tard ou ne désiraient pas du tout la grossesse (respectivement 18 % et 5 %). La grande majorité des grossesses non désirées se retrouve dans les rangs quatre ou plus (10 % contre moins de 2 % pour les rangs inférieurs) et surviennent chez les femmes les plus âgées (31 % à 45-49 ans, 24 % à 40-44 ans et 16 % à 35-39 ans contre moins de 8 % chez les femmes âgées de moins de 35 ans).

Dans un contexte d'activité sexuelle précoce, et de désir important d'espacement et de limitation des naissances, la pratique contraceptive pourrait constituer un comportement rationnel.

PLANIFICATION FAMILIALE

L'utilisation des méthodes de planification familiale, et plus particulièrement les méthodes modernes, permet aux femmes et aux couples de mieux réaliser leurs objectifs en matière de fécondité et de taille idéale de la famille.

Connaissance de la contraception

Bientôt une connaissance universelle de la contraception moderne

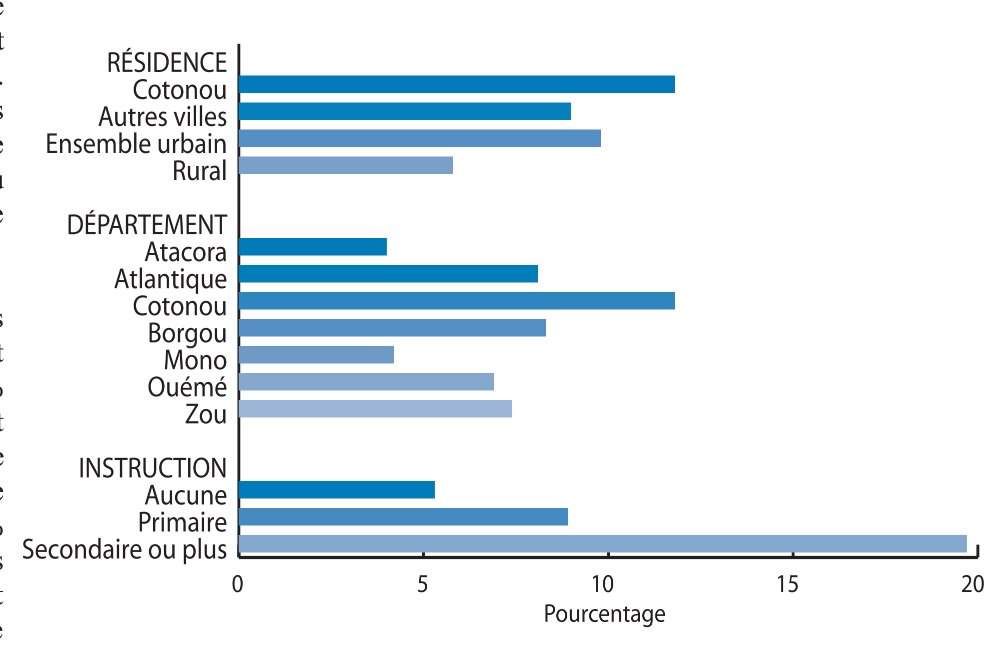
Plus de neuf personnes sur dix (91 % des femmes et 95 % des hommes) connaissent au moins une méthode moderne de contraception. Les méthodes les mieux connues par les femmes en union sont le condom masculin (85 %), l'injection (79 %) et la pilule (78 %).

Utilisation de la contraception

Une utilisation encore faible de la contraception moderne

La moitié des femmes en union ont déclaré avoir utilisé, au moins une méthode de contraception, dont 22 % une méthode moderne. Cependant, 19 % seulement des femmes en union utilisaient une méthode de contraception au moment de l'enquête, dont 7 % une méthode moderne.

Entre 1996 et 2001, l'utilisation des méthodes modernes de contraception est passée du simple au double (3 % contre 7 %). Cet accroissement est particulièrement important dans le département du Borgou où la prévalence contraceptive est passée de 3 % à 8 % durant la même période. Les méthodes modernes les plus utilisées sont l'injection, la pilule (2 % pour chacune d'elle) et le condom masculin (1 %).



L'urbanisation et l'instruction des femmes influent positivement sur la prévalence de la contraception moderne : 6 % des femmes du milieu rural utilisent une méthode moderne contre 10 % de celles du milieu urbain. De même, l'utilisation de la contraception moderne varie de 5 % chez les femmes sans niveau d'instruction à 20 % chez celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus.

Besoins en planification familiale

Les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré qu'elles ne voulaient plus d'enfants (limitation des naissances) et celles qui ont déclaré vouloir attendre *deux ans ou plus avant* d'avoir un autre enfant (espacement des naissances) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception. La demande potentielle totale en planification familiale (46 %) est constituée par l'ensemble des femmes qui ont des besoins non satisfaits (27 %) ainsi que par celles qui utilisent actuellement la contraception (19 %).

MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Les niveaux et caractéristiques de la mortalité des enfants sont fonction des conditions sanitaires, démographiques, socio-économiques et culturelles qui prévalent dans une population. C'est pourquoi, le niveau de mortalité des enfants est souvent considéré comme un des meilleurs indicateurs du niveau de développement d'un pays.

Niveaux et tendances

Une mortalité des enfants toujours élevée

Durant les cinq années ayant précédé l'enquête (1996-2001), sur 1 000 enfants nés vivants, 89 sont décédés avant leur premier anniversaire dont 38 entre 0 et 1 mois et 51 entre 1 et 12 mois. La mortalité infanto-juvénile (de la naissance à l'âge de 5 ans exacts) touche 160 enfants pour 1 000 naissances vivantes, soit une baisse absolue de 7 ‰ par rapport à la période quinquennale 1991-1996 (EDSB-I, 1996).

Caractéristiques différentielles

Une mortalité toujours élevée en milieu rural

Durant les dix années ayant précédé l'enquête (1991-2001), la mortalité infantile est plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain (105 ‰ contre 73 ‰). De même, les enfants dont la mère n'est pas instruite courent un risque de décéder avant l'âge de 1 an nettement supérieur à celui des enfants dont la mère a un niveau d'instruction secondaire ou plus (100 ‰ contre 53 ‰).

Mortalité infantile et comportements en matière de reproduction

Les naissances de mères trop jeunes ou trop âgées, ou celles qui sont très rapprochées, courent un risque de décéder plus important que celui des autres naissances, surtout durant la première année de vie.

Les enfants nés de mère très jeune (moins de 20 ans) ou très âgée (40 ans ou plus) sont plus exposés au risque de décéder que les enfants de mère âgée de 20-29 ans, surtout au cours de la première année de vie (respectivement 115 ‰ et 107 ‰ contre 86 ‰). Les intervalles intergénésiques très courts (inférieurs à deux ans) sont également associés à une mortalité infantile plus élevée (154 ‰) que celle associée aux intervalles intergénésiques plus longs (72 ‰ et 64 ‰ pour, respectivement, des intervalles de 3 ans et 4 ans ou plus).

SANTÉ DE LA REPRODUCTION

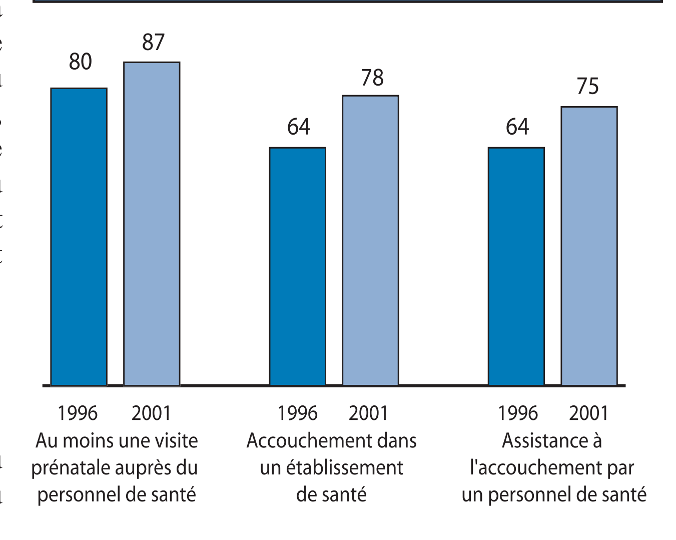
Les risques que comporte l'accouchement peuvent être réduits si la femme enceinte effectue, au cours de sa grossesse, des visites prénatales auprès d'un personnel de santé. Toutefois, les soins prénatals, pour être efficaces, devraient intervenir à un stade précoce de la grossesse et se poursuivre de façon régulière jusqu'à l'accouchement.

Soins prénatals et assistance à l'accouchement

Des soins prénatals qui tendent vers l'universalité

Pour près de neuf naissances sur dix survenues au cours des cinq dernières années ayant précédé l'enquête, la mère a bénéficié des visites prénatales auprès du personnel de santé (87 %), c'est-à-dire d'un médecin (6 %), d'une infirmière ou sage-femme (75 %) ou d'une aide-soignante (6 %). De même, dans 71 % des cas, les mères ont reçu, au moins, une dose de VAT durant la grossesse et une femme sur deux (50 %) a reçu au moins deux doses de VAT. À l'opposé, dans plus d'un quart des cas, (27 %), la femme n'a reçu aucune dose de VAT durant sa grossesse.

Evolution des soins prénatals et de l'assistance à l'accouchement chez les enfants de moins de 3 ans



Des accouchements à domicile encore importants

Pour moins du quart des naissances, les accouchements ont eu lieu à domicile (23 %) et cela particulièrement dans le milieu rural (26 % contre 15 % en milieu urbain et 2 % à Cotonou).

Pour plus de sept naissances sur dix (72 %), les accouchements se sont déroulés avec l'aide d'un personnel de la santé. Les accoucheuses traditionnelles n'ont assisté que 3 % des accouchements. Enfin, pour près d'un dixième des naissances (9 %), les accouchements ont eu lieu avec la seule assistance de parents ou autres.


F. Chitou, INSEA

Qualité des soins

Durant les visites prénatales, les femmes doivent subir des examens et/ou bénéficier de conseils spécifiques concernant l'état de leur grossesse. Parmi les femmes ayant effectué au moins une visite prénatale, plus de 90 % ont subi certains examens recommandés comme la prise de poids, de la taille et de la tension artérielle ; pour 83 % d'entre elles, les prélèvements d'urines ont été effectués. Cependant, les prélèvements de sang n'ont été effectués qu'auprès de 29 % des femmes, et seulement 19 % des femmes ont été informées des signes de complication de leur grossesse. On note, par ailleurs, que plus de quatre femmes sur cinq ont déclaré avoir reçu, au cours de leur grossesse, des médicaments antipaludéens (82 %) ou des comprimés de fer (84 %).

SANTÉ DE L'ENFANT

Au Bénin, depuis les années 80, la vaccination demeure une activité très importante dans la mise en oeuvre des soins de santé maternelle et infantile. Elle a bénéficié d'une attention particulière avec le développement du Programme Élargi de Vaccination (PEV) soutenu par certains partenaires au développement (UNICEF, OMS, USAID, etc.).

Vaccination des enfants

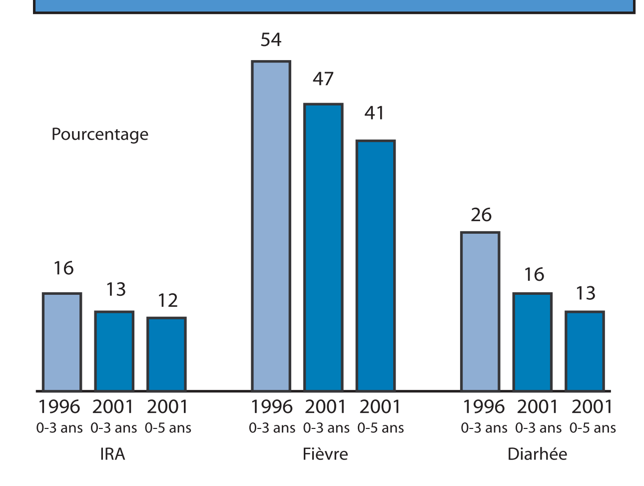
Selon les carnets de vaccination et les déclarations des mères, 59 % des enfants de 12-23 mois ont reçu toutes les vaccinations (c'est-à-dire, le BCG, la rougeole et les trois doses de polio et de DTCoq). À l'inverse, 7 % des enfants n'ont reçu aucune de ces vaccinations. Neuf enfants de 12-23 mois sur dix (90 %) ont reçu le BCG, près de sept enfants sur dix ont été vaccinés contre la rougeole (68 %), près de neuf enfants sur dix (87 %) ont reçu la première dose de DTCoq et neuf enfants sur dix (90 %) ont reçu la première dose de Polio. Toutefois, on constate une déperdition importante entre la première et la troisième dose des vaccinations de DTCoq et de Polio : respectivement de 87 % à 73 % et de 90 % à 69 %.

Enfants de 12-23 mois ayant eu tous les vaccins et ceux n'ayant eu aucun vaccin du PEV

RÉSIDENCE: Ensemble urbain, Rural
DÉPARTEMENT: Atacora, Atlantique, Cotonou, Borgou, Mono, Ouémé, Zou
0 10 20 30 40 50 60 70
Tous les vaccins — Aucun vaccin

Aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural, la majorité des enfants sont complètement vaccinés (respectivement 64 % et 56 %). Au niveau départemental, les taux de couverture vaccinale les plus élevés sont enregistrés dans les départements de l'Ouémé, du Zou et dans la ville de Cotonou (68 % dans chacun d'eux). Dans les autres départements, la couverture vaccinale varie de 49 % dans le Borgou à 54 % dans l'Atacora.

Un baisse de la morbidité chez les enfants de moins de trois ans entre 1996 et 2001



Maladies des enfants et traitements

Les principales maladies infantiles que sont le paludisme, la toux et la diarrhée sont en baisse, mais persistent encore

Les résultats indiquent que 13 % des enfants de moins de cinq ans ont souffert de la diarrhée durant les deux semaines précédant l'enquête. Dans l'ensemble plus de six enfants sur dix (61 %) ayant souffert de la diarrhée ont reçu soit les sachets de SRO (23 %), soit une solution maison recommandée (12 %), soit plus de liquides que d'habitude (48 %).

On note, par ailleurs, que parmi les enfants âgés de moins de cinq ans, 12 % ont souffert de toux avec respiration courte et rapide (symptôme des IRA) dans les deux dernières semaines. Parmi eux, seulement 29 % ont été amenés en consultation dans un centre de santé ou auprès d'un agent de santé.

Au niveau national, plus de quatre enfants de moins de cinq ans sur dix (41 %) ont eu la fièvre durant les deux semaines ayant précédé l'interview; 30 % d'entre eux ont été amenés en consultation dans un centre de santé. On note, par ailleurs, que parmi les enfants ayant souffert de la fièvre, la Nivaquine (chloroquine) a été utilisée comme moyen de traitement (59 %). Deux ménages sur cinq (40 %) possèdent une moustiquaire et, seulement 32 % des enfants de moins cinq ans ont dormi sous une moustiquaire la nuit précédant l'enquête dans le ménage.

ALLAITEMENT ET ALIMENTATION DES ENFANTS

Les pratiques d'alimentation jouent un rôle primordial dans l'état nutritionnel des enfants. Le lait maternel parvenu à maturation trente à quarante heures après l'accouchement contient plusieurs centaines d'éléments nutritifs indispensables au bon développement de l'enfant durant ses premiers mois d'existence dont notamment l'eau, les protéines, les graisses, le lactose, les vitamines, les sels minéraux.

Allaitement et alimentation de complément

L'allaitement maternel exclusif

L'allaitement est quasi universel au Bénin : 97 % des enfants nés au cours des cinq dernières années ont été allaités. Ce n'est qu'à partir du 23e mois que la moitié des enfants sont sevrés. Malgré l'universalité de l'allaitement au Bénin, moins de deux enfants de 0-5 mois sur cinq (38 %) sont exclusivement nourris au lait maternel. Même chez les bébés de moins de 2 mois, l'allaitement exclusif au sein est encore faible (58 %).



F. Chitou, INSEA

Malgré son niveau relativement faible, l'allaitement maternel exclusif a enregistré des progrès au cours de ces cinq dernières années. En 1996, seulement 14 % des enfants de moins de 4 mois étaient exclusivement allaités contre plus de 40 % en 2001.

Par ailleurs, s'il est conseillé qu'à partir de l'âge de 6 mois, les enfants reçoivent des aliments de complément, on note qu'à 6-7 mois, une proportion assez importante d'enfants sont encore exclusivement allaités (10 %) ; seulement 59 % des enfants de 6-7 mois ont reçu des aliments de complément.

Consommation du sel iodé

La carence en iode peut, d'une part, entraîner un retard dans le développement mental de l'enfant et, d'autre part, favoriser l'apparition de goitre à tout âge. Au Bénin, la stratégie de lutte retenue est l'utilisation du sel alimentaire iodé qui demeure la forme de prévention la plus efficace. Dans l'ensemble, 87 % des ménages consomment du sel iodé ; ce niveau est plus élevé que celui observé en 1996 (79 %). Cependant, seulement 72 % des ménages consomment du sel dont la teneur en iode est adéquate (15 PPM ou plus).

Consommation des micronutriments

La carence en vitamine A affecte le système immunitaire de l'enfant, et augmente ainsi ses risques de décéder. L'avitaminose A peut également causer la cécité crépusculaire chez les enfants, et affecter la santé des mères enceintes ou allaitantes. Toutefois, elle peut être évitée par des compléments de vitamine A et l'enrichissement des aliments. Dans l'ensemble, moins d'un enfant de 6-59 mois sur cinq (18 %) a reçu des compléments de vitamine A. On note, par ailleurs, que la majorité (56 %) des enfants de 6-59 mois consomment des aliments riches en vitamine A. On note aussi que 20 % des mères ont reçu un supplément de vitamine A dans les huit premières semaines ayant suivi l'accouchement.

ÉTAT NUTRITIONNEL DES ENFANTS ET DES MÈRES

Un des objectifs de l'EDSB-II était d'évaluer l'état nutritionnel des jeunes enfants, état résultant, à la fois, de l'histoire nutritionnelle (ancienne et récente) de l'enfant et des maladies ou infections qu'il a pu avoir. Par ailleurs, l'état nutritionnel influe, à son tour, sur la probabilité qu'a l'enfant de contracter des maladies : un enfant atteint de malnutrition chronique ou aiguë est en situation de faiblesse physique qui favorise les infections.

État nutritionnel des enfants

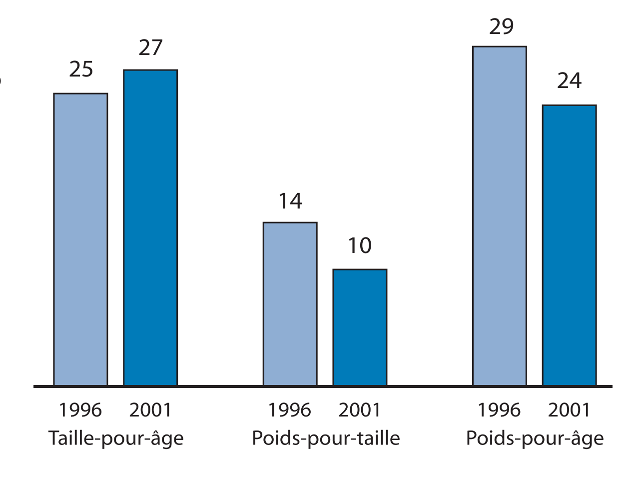
La malnutrition des enfants demeure importante

Trois enfants de moins de cinq ans sur dix (31 %) souffrent d'un retard de croissance, et 11 % présentent un retard de croissance sévère. Cette sous-nutrition qui se traduit chez les enfants par une taille insuffisante par rapport à l'âge débute dès le plus jeune âge (10 % à 6-9 mois), et s'aggrave jusqu'à atteindre quatre enfants âgés de 12-23 mois sur dix (39 %).

Dans l'ensemble, 8 % des enfants de moins de cinq ans sont émaciés, dont 2 % sous une forme sévère, c'est-à-dire qu'ils ont un poids trop faible par rapport à leur taille et ce sont les enfants de 10-11 mois qui sont les plus atteints (26 %).

L'insuffisance pondérale, qui reflète, chez l'enfant, les effets combinés du retard de croissance et de l'émaciation, concerne près du quart (23 %) des enfants de moins de cinq ans, dont 5 % sous sa forme sévère.

Malnutrition des enfants de moins de 3 ans





Sara A. Holtz, Peace Corps Volunteer

État nutritionnel des mères

Au Bénin, 11 % des femmes ont un Indice de Masse Corporelle (IMC) se situant en-deçà du seuil critique (moins de 18,5 kg/m^2) et présentent ainsi une déficience énergétique chronique et 6 % sont considérées obèses (IMC supérieur ou égal à 30 kg/m^2).

Anémie chez les enfants et les femmes

Un niveau élevé d'anémie chez les enfants et les femmes

Dans l'ensemble, 82 % des enfants de 6-59 mois souffrent d'anémie, dont 51 % sous sa forme modérée et 9 % sous sa forme sévère.

Près des deux tiers (64 %) des femmes souffrent d'anémie, dont 22 % sous sa forme modérée et 2 % sous sa forme sévère. Les femmes enceintes sont les plus touchées par l'anémie sévère (5 %).

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES (IST) ET VIH/SIDA

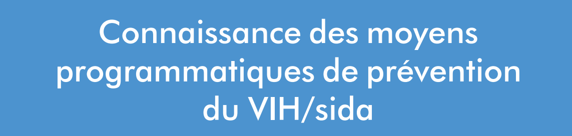
Depuis près d'une décennie, la lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et le sida est l'un des volets prioritaires de la politique sanitaire du pays.

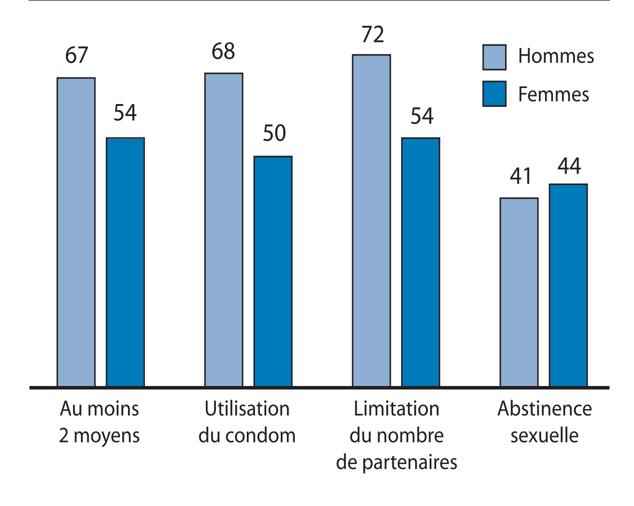
Connaissance et prévention du VIH/sida

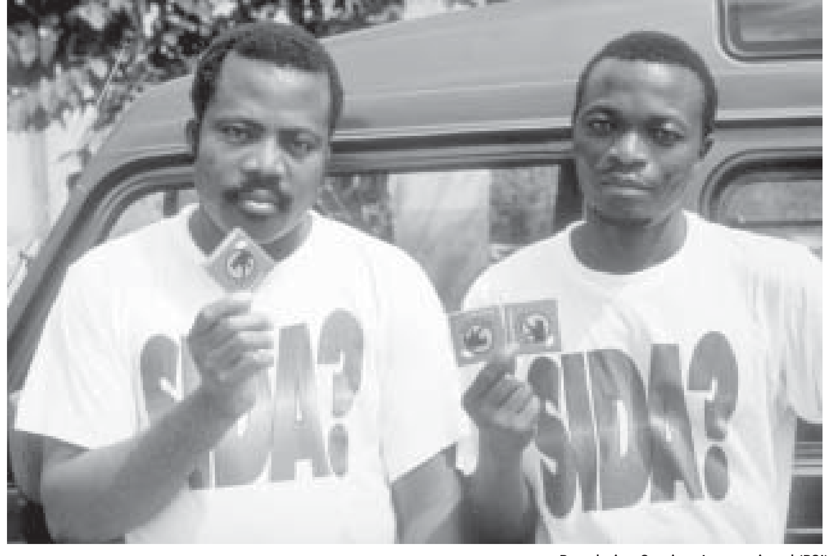
La majorité des béninois ont entendu parler du sida (96 % des femmes et 98 % des hommes). Cependant, la proportion de femmes qui pensent qu'il existe un moyen de lutte contre le VIH/sida est encore faible (57 % contre 80 % pour les hommes). La majorité des femmes connaissent les principaux moyens programmatiques de lutte contre le sida : la limitation du nombre de partenaires sexuels (54 %), l'utilisation du condom (50 %) et l'abstinence sexuelle (40 %).

Prévalence et traitement des IST

On note, par ailleurs, que la prévalence des IST est faible : 1 % des femmes et 3 % des hommes ont déclaré avoir contracté au moins une IST au cours des 12 mois précédant l'enquête. La majorité des femmes et des hommes qui ont souffert d'une IST ont cherché un traitement/conseil dans un établissement sanitaire (respectivement 58 % et 55 %).







Population Services International (PSI)

EXCISION

Au niveau national, la proportion des femmes de 15-49 ans excisées est estimée à 17 %. Si l'excision est fortement pratiquée dans les départements du Borgou et de l'Atacora (respectivement 58 % et 45 %), et, dans une moindre proportion, dans le Zou (10 %), elle est quasi-inexistante dans les autres départements où elle n'atteint pas les 2 %.

Au Bénin, la pratique de l'excision concerne en particulier les départments du Borgou, de l'Atacora et, dans une moindre mesure, le département du Zou. Cependant, dans ces départments, la grande majorité des personnes enquêtées sont favorables à sa suppression.

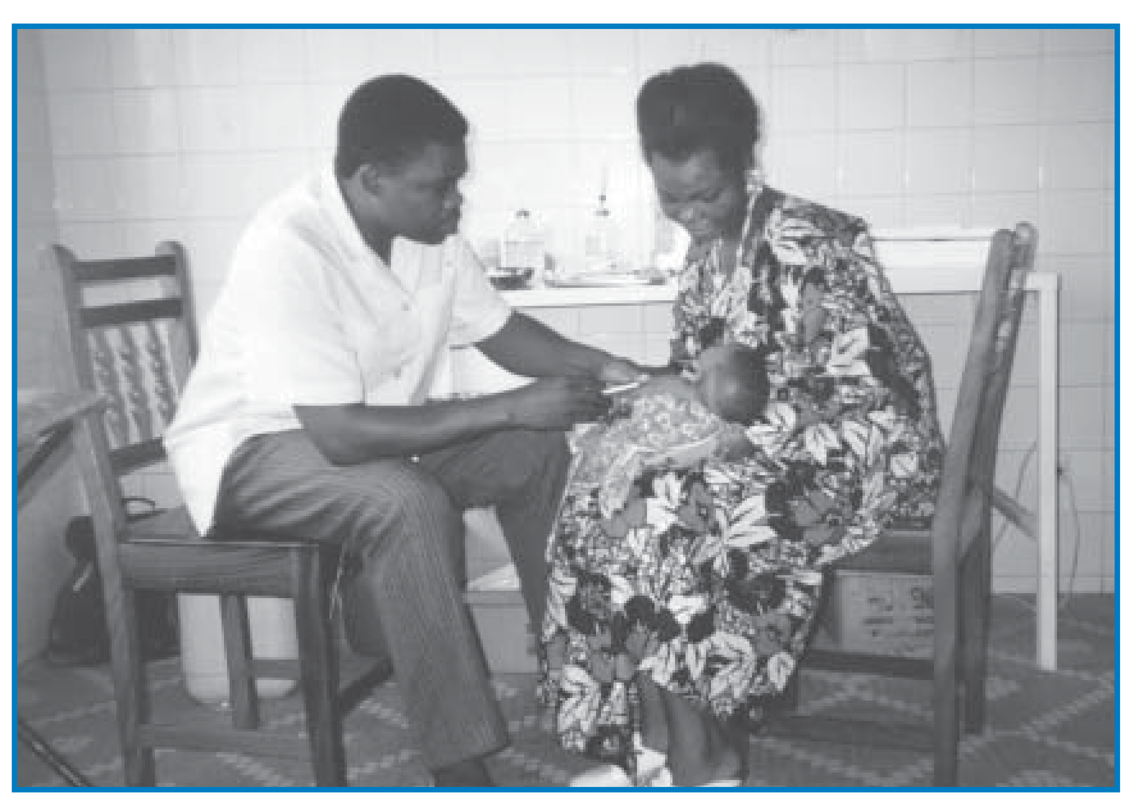
DISPONIBILITÉ DES SERVICES COMMUNAUTAIRES

Une relative accessibilité des services communautaires

Les services de santé maternelle et infantile (SMI) concernent le suivi des grossesses et des accouchements, le suivi des enfants, les vaccinations et l'éducation en matière de santé et de nutrition. Globalement, on constate qu'au niveau national, 54 % des femmes vivent à proximité d'établissement offrant des services de SMI, avec de très fortes disparités entre les milieux de résidence : en urbain, plus de sept femmes sur dix (73 %) vivent à proximité d'un établissement offrant des services de SMI dont 82 % à Cotonou, contre 40 % seulement des femmes rurales qui, dans 18 % des cas, doivent parcourir 30 kilomètres ou plus pour bénéficier de ce type de services.



J. Cushing



CRRHD/J. Tossou

SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

L'EDSB-II a permis d'évaluer l'état de santé de la mère et de l'enfant au Bénin. Par rapport à 1996, des progrès ont été enregistrés dans les domaines de la santé maternelle et infantile, et de façon sensible au niveau de la consultation prénatale, de l'assistance à l'accouchement, de la prévention des maladies infantiles ainsi que de la connaissance des IST/sida et de la planification familiale.

Fécondité et planification familiale

Bien qu'en baisse, la fécondité demeure élevée. En effet, les mariages précoces et les accouchements précoces, tardifs et rapprochés demeurent importants. Le fait que l'ensemble des paramètres reproductifs soient restés quasiment stables témoigne de l'absence d'une pratique contraceptive élevée chez les couples. Cependant, ces derniers ont manifesté un intérêt important pour l'utilisation des méthodes modernes de contraception, en vue d'espacer ou de limiter les naissances. La satisfaction de ces besoins se traduirait par une pratique plus importante de la planification familiale qui a, son tour, entraînerait une baisse des taux de fécondité ainsi qu'une baisse de la morbidité infantile associée à une reproduction précoce et intense.

Les programmes qui ont contribué, entre 1996 et 2001, à une augmentation des utilisatrices des méthodes de contraception, doivent être soutenus et redynamisés. Ces programmes doivent non seulement rendre accessibles les différentes méthodes de planification familiale mais aussi mieux informer les couples sur le choix et l'avantage des différentes méthodes de contraception.

L'effet de ces programmes, associé à un accroissement de l'éducation des femmes et à une baisse de la mortalité infantile qui est encore élevée, pourrait assurer une transition soutenue de la fécondité.



F. Chitou, INSEA

Santé de la mère

Les résultats de l'EDSB-II ont montré que la mortalité infantile reste à un niveau élevé. Le Bénin demeure encore loin de l'objectif d'une mortalité infantile fixé à 69 ‰ par le Programme National d'Action en faveur des enfants et des mères pour l'an 2000.

Les accouchements à domicile sont encore importants et constituent un risque pour la santé de la mère et de l'enfant. De même, la couverture vaccinale contre les six principales maladies de l'enfance est loin d'être universelle.

Un nombre considérable d'enfants souffre du paludisme, des maladies diarrhéiques, des infections respiratoires aiguës et des différentes formes de malnutrition. Malgré cette forte morbidité, l'utilisation des SRO pour traiter la dairrhée et des médicaments recommandés pour traiter le paludisme ainsi que l'utilisation des services de santé pour le traitement des maladies infantiles, sont encore faibles. La prévention des maladies, par le biais de l'utilisation des moustiquaires, et la consommation des micronutriments ne sont pas courantes.

Face à cette situation sanitaire, il importe de :

- Accroître l'information et la sensibilisation des mères sur les avantages des consultations prénatales, des accouchements assistés par des professionnels de santé et de la vaccination complète de leurs enfants avant un an ;
- Mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour augmenter la couverture vaccinale contre les maladies cibles du PEV ;
- Accélérer la mise en place des zones sanitaires dans le cadre de la réorganisation du niveau périphérique de la pyramide sanitaire ;
- Améliorer les conditions d'hygiène et d'assainissement par la construction et la promotion des ouvrages sanitaires dans les lieux publics ;
- Informer et encourager les mères pour une meilleure pratique de l'allaitement maternel afin d'améliorer l'état nutritionnel de leurs enfants : l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ;
- Poursuivre la promotion de l'utilisation de la moustiquaire imprégnée ;
- Accroître la distribution de la Vitamine A et du fer par les services à base communautaire.

Excision

La pratique de l'excision concerne en particulier les départements de l'Atacora, du Borgou et du Zou. Dans ces départements, la grande majorité des femmes et des hommes militent pour la suppression de cette pratique. Ainsi, le gouvernement doit poursuivre et intensifier, surtout au nord du Bénin, les actions de sensibilisation et de lutte entreprises par le Ministère de la Santé Publique et les diverses associations contre la pratique de l'excision.

Infections sexuellement transmissibles et le sida

Si la connaissance du sida est quasi universelle, les moyens programmatiques de prévention sont assez peu connus. Ainsi, des programmes doivent cibler davantage la promotion des moyens de lutte contre le sida tels que la fidélité et l'utilisation du condom.

INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS

Taux de mortalité des enfants	- Probabilité de décéder entre la naissance et l'âge de 5 ans, pour 1 000 naissances vivantes	160,0
Taux de mortalité infantile	- Probabilité de décéder entre la naissance et le 1er anniversaire, pour 1 000 naissances vivantes	89,0
Insuffisance pondérale	- Enfants de moins de cinq ans souffrant d'une insuffisance pondérale (%)	22,9
Retard de croissance	- Enfants de moins de cinq ans souffrant d'une retard de croissance (%)	30,7
Émaciation	- Enfants de moins de cinq ans souffrant d'une émaciation (%)	7,5
Utilisation de l'eau salubre	- Pourcentage de la population qui utilise une source d'eau salubre pour boire	66,4
Utilisation des sanitaires	- Pourcentage de la population disposant de latrines améliorées et traditionnelles personnelles	32,2
Passage en 5eme primaire (CM1)	- Enfants entrant en CI (1ere année) qui atteignent éventuellement la classe de 5eme (CM1) (%)	92,4
Fréquentation scolaire	- Enfants d'âge scolaire de l'enseignement primaire qui fréquentent une école primaire (%)	53,5
Taux d'alphabétisation : Homme/Femme	- Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui est capable à la fois de lire et d'écrire,avec compréhension, un texte court et simple lié à la vie quotidienne	Homme : 47,9 Femme : 24,9
Mortalité des enfants de moins de cinq ans : masculin/féminin	- Probabilité de décéder entre la naissance et le cinquième anniversaire pour 1 000 naissances :désagrégée par sexe (pour la période de 10 ans avant l'enquête)	Masculin : 162,3 Feminin : 163,3
Insuffisance pondérale : sexe masculin/féminin	- Enfants de moins de cinq ans souffrant d'une insuffisance pondérale (%)	Masculin : 24,3 Feminin : 21,5
Prévalence contraceptive	- Femmes de 15-49 ans qui utilisent une méthode contraceptive (%)	18,6
Soins prénatals	- Femmes de 15-49 ans consultées au moins une fois durant la grossesse par un personnel de santé (%)	87,4
Soins à la naissance de l'enfant	- Naissances dont la mère a accouché avec l'assistance d'un personnel de santé (%)	72,9
Poids à la naissance < 2,5 kg	- Naissances vivantes qui pèsent moins de 2 500 grammes (%)	14,3
Consommation du sel iodé > 0 ppm/15 ppm ou +	- Ménages qui consomment d'une manière adéquate du sel iodé (%)	> 0 ppm : 86.3 15 ou + ppm : 71,7
Compléments de vitamine A	- Enfants de 6-59 mois ayant reçu un supplément de vitamine A au cours des 6 derniers mois (%)	18,3
Compléments de vitamine A	- Mères qui ont reçu un supplément de vitamine A avant que leur bébé n'atteigne l'âge de 8 semaines (%)	20,2
Cécité crépusculaire	- Femmes qui avaient la cécité nocturne durant la dernière grossesse (%)	1,8
Taux d'allaitement exclusif	- Enfants de moins de 6 mois qui reçoivent exclusivement le sein (%)	37,9
Aliments de complément	- Enfants de 6-9 mois (180-299 jours) qui reçoivent le sein et les aliments de complément (%)	65,5
Taux d'allaitement continu	- Enfants de 12-15 mois qui sont allaités (%)	96,3
Taux d'allaitement continu	- Enfants de 20-23 mois qui sont allaités (%)	61,1
Vaccin du DTCoq	- Enfants d'un an vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTCoq) (%)	72,5
Vaccin de rougeole	- Enfants d'un an vaccinés contre la rougeole (%)	68,0
Vaccin de polio	- Enfants d'un an vaccinés contre la poliomyélite (%)	69,3
Vaccin de BCG	- Enfants d'un an vaccinés contre la tuberculose (%)	89,9
Vaccination antitétanique	- Femmes ayant reçu deux doses ou plus du vaccin antitétanique au cours de leur grossesse (%)	50,1
Prévalence de la diarrhée	- Enfants de moins de cinq ans ayant souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines (%)	13,4
Utilisation du TRO	- Enfants de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières semaines et qui ont été traités avec SRO ou une solution préparée à la maison (%)	31,9
Traitement de la diarrhée à la maison	- Enfants de 0-59 mois qui avaient la diarrhée durant les deux dernières semaines et avaient reçu davantage de liquides et des aliments (y compris le lait) sans interruption durant l'épisode (%)	35,1
Prévalence des IRA	- Enfants de moins de cinq ans ayant souffert des IRA au cours des deux dernières semaines (%)	12,0
Traitement des IRA	- Enfants de 0-59 mois qui avaient des IRA durant les deux dernières semaines et qui ont été conduits à un centre de santé ou auprès d'un agent de santé (%)	29,3

INDICATEURS SUPPLÉMENTAIRES

Indicateurs supplémentaires pour le suivi d'autres droits de l'enfant

Enregistrement des naissances	- Enfants de 0-59 mois enregistrés à l'état civil selon les déclarations des mères (%)	69,7
Résidence des enfants	- Enfants de 0-14 ans vivant dans des ménages mais sans un parent biologique (%)	13,4
Orphelins dans les ménages	- Enfants de 0-14 ans vivant dans des ménages qui sont orphelins (%)	0,5

Indicateurs supplémentaires pour le suivi de l'initiative de la PCIME et du paludisme

Connaissance des soins à chercher	- Femmes ayant au moins une naissance au cours des cinq dernières années qui connaissent au moins deux symptômes potentiels pour chercher des soins (%)	62,7
Moustiquaires	- Enfants de 0-59 mois qui ont dormi sous une moustiquaire traitée la nuit dernière (%)	7,4
Traitement du paludisme	- Enfants de 0-59 mois qui étaient malades avec de la fièvre durant les deux dernières semaines et qui avaient reçu des médicaments antipaludiques (%)	60,4

Indicateurs supplémentaires pour le suivi du VIH/sida

Prevention du VIH/sida	- Femmes qui ont cité correctement les trois principaux moyens pour éviter l'infection du VIH (%)	34,7
Conceptions erronées du VIH/sida	- Femmes qui ont identifié correctement trois principales conceptions erronées sur le VIH/sida (%)	17,3
Transmission du VIH de la mère à son enfant	- Femmes qui ont identifié correctement des moyens de transmission du VIH de la mère à son enfant (%)	60,7
Attitudes vis-à-vis des personnes ayant le VIH/sida	- Femmes ayant exprimé une attitude discriminatoire vis-à-vis des personnes avec le VIH/sida (%)	19,4
Endroit pour le test du VIH	- Femmes qui connaissent un endroit où elles peuvent aller faire un test du VIH (%)	18,9
Femmes testées pour le VIH	- Femmes qui ont été testées pour le VIH (%)	5,1

Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la fécondité

Indice synthétique de fécondité	- Nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie féconde	5,6
Âge médian à la première naissance	- Âge pour lequel la moitié des mères de 25-49 ans ont eu leur première naissance	19,9
Intervalle intergénésique médian	- Durée de l'intervalle (en mois) pour laquelle la moitié des mères de 15-49 ans ont attendu avant d'avoir une autre naissance	34,7
Fécondité des adolescentes	- Femmes de 15-19 ans déjà mères ou enceintes du 1er enfant (%)	21,5

Indicateurs supplémentaires pour le suivi de la nuptialité

Femmes en union	- Femmes de 15-49 ans qui se sont en union au moment de l'enquête (%)	73,4
Femmes en union polygame	- Femmes de 15-49 ans qui se sont en union polygame (%)	45,4
Femmes de 15-49 ans célibataires	- Femmes de 15-49 ans qui ne se sont jamais mariées (%)	21,7
Femmes de 15-19 ans célibataires	- Femmes de 15-19 ans qui ne sont jamais mariées (%)	76,1
Femmes de 20-24 ans célibataires	- Femmes de 20-24 ans qui ne sont jamais mariées (%)	25,6
Âge à la 1ère union	- Âge pour lequel la moitié des femmes de 20-49 ans sont entrées en union pour la première fois	18,9
Âge aux premiers rapports sexuels	- Âge pour lequel la moitié des femmes de 20-49 ans ont eu leurs premiers rapports sexuels	17,3

Indicateurs supplémentaires pour le suivi des préférences en fécondité

Nombre idéal moyen d'enfants	- Pour les femmes de 15-49 ans, le nombre moyen d'enfants souhaité à la fin de leur vie féconde	4,9
Désir d'espacement des naissances	- Femmes en union souhaitant espacer la prochaine naissance de deux ans ou plus (%)	36,7
Désir de limitation des naissances	- Femmes en union ne voulant plus d'enfants (%)	25,6
Prévalence contraceptive (toutes méth./méth. modernes)	- Femmes en union de 15-49 ans qui utilisent) une méthode contraceptive (toutes méthodes confondues, et méthodes modernes) (%)	18,6 7,2
Besoins non satisfaits en planification familiale	- Femmes en union ayant déclaré ne plus vouloir d'enfants ou vouloir attendre deux ans ou plus avant la prochaine naissance et qui n'utilisent pas la contraception (%)	27,2
Demande totale de planification familiale	- Femmes en union ayant des besoins non satisfaits en planification familiale et pourcentage de femmes utilisant actuellement une méthode de contraception (%)	45,8

